

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 33

LES
CHANCRÉS SYPHILITQUES
EXTRA-GÉNITAUX

FRÉQUENCE - ÉTIOLOGIE - PRONOSTIC

APERÇU MÉDICO-LÉGAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 2 Décembre 1932

PAR

Pierre-Lucien-Édouard LAMY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 5 juin 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président.
		MAURIAC, professeur	Juges.
		AUBERTIN, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 33

LES
CHANCRES SYPHILITQUES
EXTRA-GÉNITAUX

FRÉQUENCE - ÉTIOLOGIE - PRONOSTIC
APERÇU MÉDICO-LÉGAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 2 Décembre 1932

PAR

Pierre-Lucien-Édouard LAMY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 5 juin 1908.

Examineurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur	Président.
MAURIAC, professeur	Juges.
AUBERTIN, agrégé	
JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

AU COLONEL LAMY

*de l'Infanterie coloniale,
Commandeur de la Légion d'honneur.*

A mon père, son fils reconnaissant.

AU DOCTEUR JEAN LAMY

Médecin des troupes coloniales.

Mon frère...

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOULIA

*Professeur agrégé de dermatologie et de syphiligraphie,
Officier d'Académie.*

Dont nous fûmes l'externe. Il nous a
inspiré le sujet de notre travail, nous
a aidé dans son élaboration.

Faible témoignage de notre reconnais-
sance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT DE LAGOUENERE

Chef du service de Dermatologie et de Syphiligraphie

*de l'Hôpital militaire de Talence,
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre.*

Qui nous a ouvert, avec tant de spon-
tanéité et de bienveillance, les portes
de son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDE

*Professeur de médecine légale et de déontologie à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Auprès duquel nous avons trouvé un
si charmant accueil.

Notre reconnaissance et notre respect.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL COURBOULÈS

*Médecin-chef de l'Hôpital militaire de Talence,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce,
Chirurgien des Hôpitaux militaires,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,*

Nous garderons le souvenir du chef et
du clinicien.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE MOIGNIC

*Sénateur de l'Inde,
Commandeur de la Légion d'honneur.*

A MON PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR PETGES

*Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,*

Médecin des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait l'honneur de présider
notre thèse et auquel nous voulons
témoigner ici de notre reconnaissance et
de notre respect.

LES CHANCRÉS SYPHILITQUES

EXTRA-GÉNITAUX

FRÉQUENCE — ÉTIOLOGIE — PRONOSTIC
APERÇU MÉDICO-LÉGAL

INTRODUCTION

Il y a cinq ans déjà, nous fréquentions des services différents à l'Hôpital Saint-André et dans les hôpitaux suburbains. De nos stages, malheureusement trop courts, nous nous efforcions de retenir les principes essentiels que nous inculquait chacun de nos chefs de service.

Plus tard, étant externe, attaché pour six mois à un Maître et à son enseignement, nous avons pu approcher de plus près les malades, approfondir davantage les problèmes médicaux, et comprendre que ces problèmes n'ont rien de mathématique.

Au moment d'achever nos études, et de consacrer cet achievement par un travail inaugural, nous ne pouvons nous empêcher de noter les bouleversements qu'ont opérés en nous une toute petite expérience de quelques années. Il fut un temps où, jeune étudiant, nous aspirions au jour encore lointain où nous soutiendrions une thèse, et nous nous promettions de faire faire, ce jour-là, un pas en avant à la science médicale. A cette pensée, nous sourions pauvrement

aujourd'hui, sachant bien que nous allons concentrer nos efforts pendant ces quelques pages sur une question pour laquelle des découvertes trop grandes nous placeraient facilement au rang des plagiaires.

Dans la syphiligraphie, nous avons pourtant trouvé un sujet attrayant, un maître dont l'indulgence et la bienveillance auraient été des auxiliaires infiniment précieux, si nous n'avions ressenti l'impossibilité de réaliser sur le sujet que nous nous sommes proposé une œuvre vraiment scientifique.

Nous prévoyons donc, au moment de rédiger notre travail, les critiques qu'on ne saurait manquer de lui opposer.

Mais nous l'avons fait, ce travail, en voulant, sinon apporter des données nouvelles, tout au moins dans l'espoir que l'on voudra bien apprécier la vue d'ensemble que nous donnons des chancres extra-génitaux et les hypothèses que nous a suggérées l'étude de leur statistique, de leur étiologie, de leur pronostic. Nous n'avons rien dit en ce qui concerne les formes cliniques, les signes, le diagnostic, le traitement : les chancres extra-génitaux ont existé de tout temps. Ils ont été si bien décrits que nous ne pouvions aborder ces sujets sans faire un résumé, impersonnel sans doute, mais surtout bien inférieur au travail original.

L'édification des foules en matière de syphilis a fait, certes, que les malades ne rougissent plus de leur affection : puisse notre travail en montrant l'étiologie « non vénérienne » des chancres et l'impossibilité de les prévenir, quelle que soit la vie morale des individus, puisse ce travail faire l'éducation de ceux qui méprisent les vérolés parce que le hasard ne leur a pas été fatal.

HISTORIQUE

Puissions-nous maintenant, suivant le mot de Ricord, ne pas « traiter » plus mal cette pauvre vérole qu'elle ne « traite » elle-même le genre humain...

Les auteurs de l'antiquité ont donné des accidents primitifs des descriptions aussi exactes que le permettaient leurs grandes qualités d'observateurs et leur grande ignorance de la syphilis.

Il semble que Celse ait brossé un saisissant tableau de ce que nous appelons aujourd'hui les chancres indurés.

Galien établirait même déjà des relations entre les accidents des organes génitaux et ceux de la gorge.

Dans la suite, avant la fameuse épidémie du xv^e siècle, tant discutée par Ricord, puis du xv^e siècle jusqu'à Fournier, on peut noter que l'idée de l'existence des chancres extragénitaux s'affirme dans l'esprit des auteurs, sans que, toutefois, ils ne fassent de ces chancres autre chose qu'une manifestation du contact avec « des femmes sordides ».

Les explications qui ont été suggérées à ces auteurs par la topographie extrêmement variée de ces accidents leur ont ouvert des horizons pour le moins inattendus sur les variabilités que l'on peut apporter à l'acte génital physiologique. Mais ils n'ont pensé aux modes de contamination non vénérienne que d'une façon superficielle et inconstante.

Nicolas Massa en 1532, Bottal Léonard en 1563, puis Braldova, ne considèrent, en dehors de la contamination

sexuelle, que l'infection de nourrice à nourrisson ou de nourrisson à nourrice.

Astruc, à côté « du mal contracté en couchant avec une personne gâtée », ne fait place dans l'étiologie non vénérienne qu'aux accidents médicaux, « chancre des doigts pris en accouchant une femme, ou en touchant des ulcères vénériens ».

Fabvre en 1768, s'occupant particulièrement des chancres de la bouche et de la langue, les explique encore tous par des contacts vénériens; il insiste sur la fragilité des muqueuses et leur aptitude plus grande à recevoir le virus infectant.

Hunter, en 1786, reconnaît que toutes les parties du corps peuvent être affectées, surtout, dit-il, si l'épiderme est très mince; mais, pour lui aussi, le « pus » est vénérien.

En 1851, Ricord, dans ses *Lettres sur la syphilis*, reprend l'ensemble des notions péniblement acquises par ses prédécesseurs et encore bien obscures; il essaie, de plus, de poser les premières bases scientifiques de l'étude de la syphilis. Il établit dans le mode de contamination la notion immuable de la porte d'entrée au niveau des téguments (« la présence d'une écorchure au doigt est de rigueur; s'il en était autrement, sortirais-je jamais de l'hôpital sans avoir un chancre au bout de mes dix doigts ?... »), au niveau des muqueuses aussi (« le chancre paraît souvent sur les lèvres; mais les lèvres sont presque toujours gercées; le plaisir excite au sourire, et le sourire étend et dilate les lèvres... »). Il affirme que le chancre, moyennant ces conditions, peut « se développer partout, sans élection de siège, sur toute la périphérie du corps, sur tout le tégument interne ou externe accessible ».

Enfin, son élève Fournier consacre un important ouvrage à l'étude des chancres extragénitaux. Cette étude est complète. Il a vu les chancres extragénitaux, leurs différents aspects cliniques, il a saisi leur étiologie si variable, il en a évalué sagement le pronostic...

Et nous comprenons aujourd'hui notre audace en osant

repandre un sujet, traité de main de maître en 1897, et dont se sont occupés, depuis, des hommes de valeur tels que Brocq, Cl. Simon, A. Bloch, et le Professeur Jeanselme, qui, en 1925, inspira à son élève Chabrol une thèse sur la statistique des chancres extragénitaux. Notons enfin, parmi les travaux les plus récents, les thèses de Bardet (de Paris), Delinotte et Raguenaud, faites sous la direction de M. le Professeur Petges à Bordeaux en 1919 et 1920.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUES

Avant d'exposer les résultats numériques que nous avons obtenus par l'étude des dossiers des hôpitaux de Bordeaux, nous jugeons indispensable de rappeler, parmi les statistiques antérieures, les plus importantes, et la plus récente.

1° Fournier, dans sa statistique, qui porte à la fois sur des observations de malades appartenant à la clientèle de ville et à la clientèle d'hôpital, étudie 1.123 cas de chancres extragénitaux et conclut à un pourcentage de 6,48, par rapport au nombre total des accidents primitifs.

2° Krefting, en vingt-cinq ans, compte 539 cas de chancres extragénitaux sur 2.916 malades atteints d'accidents syphilitiques primaires, ce qui nous permet de déduire une proportion de 15,6 p. 100.

3° Porter (Horace, Wray), dans son *Etude statistique des chancres extragénitaux*, faite dans le service du Docteur M. F. Engmann et W. H. Mook (de Washington), de 1905 à 1919, rapporte les observations de 54 chancres extragénitaux sur 225 chancres indurés syphilitiques, ce qui donne 24 p. 100.

4° Chabrol, dans sa thèse de Paris, 1925, consacrée à l'*Etude statistique des chancres extragénitaux* relève, sur 11.518 chancres syphilitiques observés à la clinique de Jeanselme à l'hôpital Saint-Louis de 1914 à 1924, 690 cas de chancres extragénitaux. Son pourcentage est seulement de 5,9.

5° *Statistique personnelle*. — Nous avons compulsé les dossiers de tous les malades des deux sexes traités au Dispensaire central antivénérien de Bordeaux, depuis 1922. Ces observations se rapportent non seulement à la clientèle de

l'hôpital, mais concernant aussi le service prophylactique des prostituées de notre ville.

Nous avons consulté un certain nombre de fiches du service de vénérologie de l'Hôpital militaire de Talence.

Nous résumons nos résultats sous la forme du tableau suivant :

	Chancres syphilitiques (chiffre total).	Chancres extra- génitaux.
Dispensaire central antivénérien :		
Hommes.....	653	55
Femmes.....	204	45
Hôpital militaire de Talence.....	209	12
Pourcentages :		
Hommes.....	8,4 p. 100.	
Femmes.....	22 »	
Militaires.....	5,7 »	

De ce tableau, nous déduisons un pourcentage total de 12,03. L'on voit que nous arrivons à un pourcentage bien supérieur à ceux de Fournier et de Chabrol, sensiblement égal à celui de Krefling, inférieur à celui de Porter, sensiblement égal encore au pourcentage moyen des statistiques exposées, qui est de 12,9.

D'où vient ce désaccord partiel, d'où vient cet accord final ?

Nous pensons que toutes ces statistiques, justement par le fait que le résultat final correspond au nôtre, ne sont différentes que parce qu'elles portent sur des malades de sexes différents que le hasard a unis dans des proportions variables.

En effet, c'est un fait évident que plus les observations de femmes sont nombreuses, plus le nombre de chancres extra-génitaux paraît considérable.

A l'appui de cette assertion, nous pouvons citer la statistique de Bobrie, qui relève sur 24.097 observations du service de la Polyclinique de Gaucher, à l'Hôpital Saint-Louis 2.912 observations de *femmes syphilitiques*, dont 326 ont présenté un accident primitif extragénital.

Soit une proportion de 11,2 p. 100, soit un chiffre bien supérieur à ceux de Chabrol et de Fournier. Il nous est per-

mis de supposer que les chiffres donnés par Fournier et Chabrol comprennent un nombre plus élevé d'hommes que de femmes.

Est-ce à dire que les chancres extragénitaux sont plus fréquents chez la femme ? Rien ne permet de le supposer ; il s'agit donc d'une simple apparence, et l'explication nous semble donnée par les réflexions suivantes :

Comment ne pas admettre que la femme soit tourmentée par la présence d'une ulcération, d'un bouton dont souffre sa coquetterie, surtout si ce bouton, situé sur la lèvre, sur sa joue, vient rompre l'harmonie de son visage ?

Mais il est une autre explication de cette apparente fréquence.

Elle tient, d'une part, aux caractères mêmes du chancre ; elle tient aussi à la disposition anatomique des organes génitaux chez la femme.

Le plus souvent, le chancre syphilitique constitue une lésion remarquablement indolente ; la phlegmasie est absente, les complications extrêmement rares, les troubles fonctionnels inexistant. C'est sans douleur qu'il naît, se développe, s'étend et il ne devient un peu sensible que lorsqu'on le touche, qu'on l'irrite par des antiseptiques divers ou des pommades plus ou moins savantes. Mais comment la femme irait-elle toucher, oindre d'onguents, irriter cette ulcération tapie dans les profondeurs de son intimité, alors que rien ne lui en fait soupçonner l'existence ?

Bien au contraire, l'homme, hanté par l'idée de la vérole, s'alarme à la présence du moindre bouton sur sa verge, et il viendra consulter parfois pour une simple vésicule d'herpès !

N'est il donc pas légitime de penser que nombre de chancres génitaux féminins passent inaperçus. De fait, sur 204 cas de femmes dont nous avons personnellement étudié les fiches, 43 présentaient des chancres extragénitaux, et le pourcentage obtenu de 22 p. 100 nous a paru énorme.

Nous avons pensé alors à ces accidents primitifs génitaux silencieux, et nous avons effectivement trouvé 331 cas de sy-

philis secondaires, ressortissant à des chancres méconnus, chez des femmes, dans cette même période de 1922 à 1932 : de ces roséoles florides, de ces plaques muqueuses, de ces alopecies, de ces céphalées rebelles, c'est un chancre génital que l'on doit rendre responsable pour une grande part.

Dès lors, ce serait sur 204 + 331 cas de malades que porte notre statistique, et notre pourcentage est alors de 8,4. Il apparaît très vraisemblable.

*
**

En conclusion :

1° Les chancres extragénitaux sont fréquents. Leur pourcentage moyen, déduit des diverses statistiques énumérées, est de 12,8. Notre pourcentage est de 12,3.

2° Nombre de chancres génitaux sont méconnus chez la femme, d'où la plus grande fréquence apparente des chancres extragénitaux. Le pourcentage moyen est 16,6.

3° Chez l'homme, les chancres génitaux sont presque toujours connus, les chancres extragénitaux sont parfois négligés : d'où la moins grande fréquence apparente de ces derniers.

Tableau statistique de cent onze chancres extra-génitaux observés.

	Hommes		Femmes	Total
	Hôpital militaire	Dispensaire		
Joue.....	»	1	»	1
Menton.....	1	6	1	8
Nez.....	»	1	»	1
Narines.....	1	1	1	3
Lèvres ..	2	14	18	34
Commissures labiales.....	»	2	2	4
Gencives.....	2	»	»	2
Langue.....	»	2	3	5
Amygdales.....	3	8	6	17
Sein.....	»	»	2	2
Tronc.....	»	»	»	»
Membre supérieur (doigt).....	»	3	1	4
Pubis.....	1	3	»	4
Région anale et périanale.....	2	12	5	19
Périnée.....	»	»	1	1
Pli interfessier.....	»	1	1	2
Membre inférieur (racine cuisse).....	»	1	3	4

CHAPITRE II

PRINCIPALES LOCALISATIONS ETIOLOGIE

« Le chancre est une graine bonne pour tous les terrains, une graine capable de germer n'importe où le hasard la dépose. » (Ricord.)

On a dit qu'il n'y a peut-être pas un centimètre carré de peau humaine où l'on n'ait pas observé de chancres syphilitiques; mais il est un fait majeur révélé par l'observation, c'est que la fréquence des chancres extragénitaux est très inégale suivant les régions.

De l'ensemble des statistiques, la nôtre y comprise, on peut conclure que les plus fréquents sont ceux de la région céphalique, puis de la région anale et périanale.

Dans notre statistique, nous notons 36 cas de chancres des lèvres, 17 cas de chancres de l'amygdale, 5 cas de chancres de la langue, 2 de la gencive, 13 du menton et des autres régions, soit un total de 73 chancres céphaliques, puis 19 chancres de l'anus, tandis qu'on ne compte que 17 autres localisations : soit presque six fois plus de chancres céphaliques et anaux ou périnaux que d'autres chancres.

Plus exactement, un pourcentage selon les régions des chancres éclos hors de la sphère génitale nous donne, d'après nos statistiques :

67 p. 100 de chancres céphaliques;

19,8 p. 100 de chancres anaux et périnaux;

7,20 p. 100 de chancres siégeant sur les membres supérieurs ou inférieurs.

Les autres catégories dépendant de la topographie occupent les derniers rangs avec des pourcentages bien inférieurs.

Comment expliquer cette disproportion ?

Nous pensons devoir donner deux explications : l'une anatomique, l'autre étiologique.

L'on peut donner une explication anatomique en effet, car tous les chancres céphaliques, à de rares exceptions près, siègent sur des territoires muqueux (muqueuse labiale, linguale, jugale, gingivale, amygdalienne...). Nous avons vu également presque tous les chancres de la région périanale prenant un point de contact sur la muqueuse anale; étant nés chancres anaux, ils ont eu un développement péréal.

Or, il est reconnu que la fragilité des muqueuses est beaucoup plus grande que celle de la peau : l'érosion, la porte d'entrée, se trouvera beaucoup plus fréquemment réalisée, par conséquent, au niveau de ces tissus dépourvus de couche cornée.

Parmi les chancres cutanés, plus rares, les plus fréquents siégeront aux endroits où la peau est d'une plus grande finesse et se trouve exposée à des causes d'irritation plus grandes. C'est ainsi que nous avons vu avec une fréquence relative des chancres du pli interfessier, région où la sueur, les poils, le frottement, déterminent souvent un certain état érosif.

Beaucoup plus rares, au contraire, sont les localisations cutanées, aux endroits où la peau, par l'entraînement des contacts de chaque jour, a atteint son plus haut degré de kératinisation. Lorsque, dans ces régions-là, nous observons des chancres, c'est très généralement que le traumatisme ou la maladie ont ouvert une large porte d'entrée : témoin, le bel exemple de l'ouvrier dont parle Fournier qui, porteur d'une blessure légère de l'avant-bras, dédaigne même de la panser, et, passant la nuit avec une fille, s'inocule lui-même un chancre avec ses doigts souillés de sécrétions vulvaires; témoin encore, le cas que nous avons personnellement observé de ce soldat atteint de phtiriasé et dont les lésions de grattage

furent la cause occasionnelle d'un chancre typique du pubis pour lequel il vint consulter.

En résumé, puisque les muqueuses sont les sièges de chancres extragénitaux par leur fragilité naturelle, tandis que les téguments ne le sont que par leurs lésions diverses, c'est tout naturellement les muqueuses qui seront le siège électif.

A cette prédominance des chancres extragénitaux sur les muqueuses, nous devons apporter une explication étiologique. Nous allons donc envisager l'étiologie des chancres en essayant de mettre en lumière surtout l'étiologie non vénérienne des chancres extragénitaux.

Bien mieux connue est l'étiologie génitale. Nous la rappellerons brièvement. Des « égarements » de la verge, de la bouche, de la langue, Fournier a donné de piquantes descriptions. Que les rapports bucco-vulvaires, ano-génitaux, voire bucco-anaux, soient des causes d'accidents primitifs, nous laissons à chacun le soin d'en estimer la fréquence.

C'est aux modes de contamination indépendants des actes érotiques que nous voulons nous attacher : la vérole, maladie vénérienne certes, mais n'oublions pas la « vérole des innocents » !

Ici, nous nous heurtons à un problème délicat. Tout le monde admet, en effet, les modes de contamination infiniment variables de la syphilis. On a cité souvent les divers actes de la vie quotidienne qui constituent un danger. Reprendre ici l'énumération de ces actes serait un travail fastidieux et sans grand intérêt : ce que nous nous proposons, c'est de tenter de mettre un certain ordre dans les « causes non vénériennes » des chancres extragénitaux.

1° CAUSES FORTUITES.

Nous rassemblons sous ce titre ces causes auxquelles préside le hasard seul : le rasoir du coiffeur, les verres, les tasses, les couverts souillés de restaurants ou de cafés, la sputation, toutes ces causes qui font que l'on peut contracter la

syphilis en accomplissant des actes si banaux (manger, boire, parler, se faire raser, etc.), que lors de l'apparition du chancre le malade est plus stupéfait que chagrin de son affection.

Résultant de ces modes d'infection, nous voyons que les accidents primitifs paraissent presque tous céphaliques, presque tous aussi de territoire muqueux. Mais résultant également de ces contaminations fortuites sont nombre de chancres auxquels leur topographie donne un caractère mystérieux : tel est ce chancre de la face postérieure de la cuisse chez cet amant fidèle, dont la maîtresse était saine, et au sujet duquel on admit qu'il avait été contracté dans un établissement de bains, en s'asseyant sur le rebord d'une baignoire.

Ce sont des causes semblables que l'on pourrait admettre à l'origine des véroles dont on ne peut rendre responsable aucune des causes génitales non plus que les autres causes que nous allons étudier.

2° CAUSES FAMILIALES.

Il faut ici distinguer d'une part les « causes pseudo-érotiques », celles qui résident dans les manifestations affectueuses; d'autre part, celles qui tiennent à la cohabitation.

Pour les premières, pour les contaminations par baiser, on doit envisager quelques particularités ethnologiques : ainsi, le baiser familial des Russes se donne sur la bouche. Il en résulte non seulement la topographie du chancre (lèvres), mais aussi sa plus grande fréquence : la muqueuse recevra plus volontiers le virus infectant que la peau saine d'une joue d'enfant.

Les exemples des autres modes de contamination familiale sont nombreux, nous en rapportons une observation, ils ressortissent tous au simple fait de la cohabitation : c'est une serviette, un brosse à dents, un siège de latrine, un ustensile ménager quelconque, qui sera le vecteur de tréponème, vers les muqueuses (gencives, langue, voile du palais, amygdales,

lèvres...), voire même vers un territoire cutané inattendu présentant une lésion anatomique apparemment insignifiante; témoin l'histoire que raconte Fournier de ces deux frères qui faisaient lit commun et dont l'un, porteur d'un accident primitif de la verge, inocula un chancre de la région trochanterienne à son concubin.

3° CAUSES HOSPITALIÈRES.

Dans les salles d'hôpital où sont traités des malades atteints de syphilis et des malades qui en sont indemnes, la non-contamination de ces derniers est l'objet d'un soin constant de la part du médecin. Cependant, malgré toutes les précautions, on peut voir apparaître des chancres dont l'origine non vénérienne évidente rend la topographie tout à fait variable. Parmi ces causes, on peut distinguer des causes que l'on doit rattacher à la vie en commun, sur lesquelles nous ne reviendrons pas; et des causes plus proprement hospitalières se rapportant aux pansements, instruments, etc. Les auteurs, au siècle dernier, insistaient beaucoup sur la contamination par le crayon au nitrate d'argent. Ce mode de contamination ne nous paraît pas d'une fréquence suffisante pour que l'on s'y attarde. On disait bien que c'était moins le crayon lui-même, dont la nature éminemment antiseptique s'oppose évidemment à un transport de germes vivants, que le porte-crayon, courant sans stérilisation d'une plaie spécifique à une plaie quelconque, qui était l'agent des contaminations. A l'heure actuelle, il en est du porte-crayon comme des autres instruments de chirurgie, et les soins d'asepsie ont réduit dans des proportions si grandes les chances d'infection que l'on peut bien ne considérer ce paragraphe que comme un rappel historique. Chancres de vaccine, chancres par ventouse scarifiée, par instruments de stomatologie, tiennent aujourd'hui dans l'étiologie des chancres extragénitaux une aussi petite place que les malades atteints de pourritures d'hôpital dans une salle d'infectés !

Bien surannées apparaissent aussi les contaminations qui semblaient appartenir en propre à certains métiers, et c'est encore à titre historique que nous mentionnons les :

4° CAUSES CORPORATIVES.

Syphilis des verriers, syphilis des emballeurs et des tapis-siers, par exemple, ne constituent plus à l'heure actuelle une forme pour ainsi dire spéciale de la syphilis. La vérole n'est pas plus fréquente dans ces professions que dans les autres, et les fameuses épidémies, comme celles de 1862 à Rives-de-Gier, de 1863 à Faymoreau, de 1867 à Montluçon, paraissent de nos jours des faits bien surprenants. C'est que les progrès de l'industrie, par l'extension de la machinerie, ont diminué les chances de contamination auxquelles exposaient les procédés de travail d'autrefois (soufflage du verre à la bouche, etc.).

Persistent chez les ouvriers les dangers de la vie commune, mais la place de ces causes est dans un paragraphe précédent.

5° CAUSES PAR TATOUAGE.

Elles sont d'une fréquence relative. Dans le monde où l'on tatoûe, bien des véroles sont contractées en sacrifiant à cette coutume puérile et sauvage. Le vecteur de tréponèmes est l'aiguille à tatouer; le donneur, si l'on peut dire, peut être le patient précédent, dont le sang infecté rutilait encore sur l'aiguille, ou bien l'artiste lui-même, à qui la salive constitue un délayant commode pour ses couleurs.

Fournier insistait pour que les autorités militaires arrivent à convaincre à force de punitions des dangers du tatouage. Les marins et les prisonniers demeurent à travers les années de grands traditionnalistes, et les chancres par tatouage persisteront comme la coutume elle-même !

6° LES CHANCRES MÉDICAUX.

Parmi ceux-ci, le plus fréquent est le chancre du doigt résultant d'une exploration ou d'une intervention sur un sujet infecté. Chaque jour, le personnel médical, plus instruit des dangers qui le menacent, se met en garde contre les risques qu'il court, de sorte que, si la cause persiste, elle est de moins en moins une cause efficace.

Elle est encore cause vraie, s'il y a négligence, dans les cas où le médecin, dépourvu des moyens de protection ou de désinfection nécessaires, sacrifie son risque de contamination à l'intérêt du malade qu'il examine dans d'aussi dangereuses conditions.

Elle est aussi cause vraie lorsque les accidents primitifs revêtent des formes atypiques, et ceci se rencontre au plus haut degré dans les chancres extragénitaux. Dans ces cas, on comprend que le médecin non spécialisé ignore la nécessité où il se trouve de s'entourer de toutes les précautions possibles et, de ce fait, se contamine.

7° LES CHANCRES DU SEIN.

Étaient autrefois ces chancres si fréquents chez les nourrices. Elles étaient contaminées par la bouche du nourrisson hérédo-syphilitique ou par celle des matrones vérolées qui exerçaient les curieuses professions de « tireuses de lait » ou de « façonneuses de bout de sein ». Ces professions, dangereuses on le voit, ont disparu, croyons-nous. Les nourrices sont placées sous le contrôle médical, l'accoucheur, au poste d'écoute de la syphilis, signale le danger que représente le petit hérédo. Pour toutes ces raisons, la disparition des chancres du sein est possible; elle s'opère, nous la souhaitons bientôt complète, mais persisteront toujours sur des seins qui n'allaitent pas, les chancres que Ricord appelait plaisamment : « les chancres du sein par nourrissons adultes ! »

En résumé, parmi les causes non vénériennes des chancres extragénitaux, beaucoup sont en train de disparaître. Celles qui subsistent tiennent à la vie en commun et les actes quotidiens nous exposent à contracter la syphilis. La prophylaxie et l'éducation de la masse ne réussiront jamais à les anéantir.

Il est un carrefour où se croisent toutes ces causes extragénitales d'infection : c'est la bouche, avec toutes ses muqueuses.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

D'ordinaire, lorsqu'on traite un sujet de pathologie, après avoir exposé l'étiologie de l'affection dont on s'occupe, on en trace le tableau clinique, on donne un aperçu des variétés que l'on peut observer.

Si, dans ce travail, nous supprimons délibérément les chapitres des signes et du diagnostic des chancres extragénitaux, c'est que, là plus qu'ailleurs, nous tomberions dans le déjà-dit. Les beaux travaux des auteurs, en particulier de Fournier, qui consacre une étude symptomatologique à chaque variété de ces sortes d'accidents primitifs, nous dispensent d'insister sur ce point : nous abordons donc immédiatement la question du pronostic.

Depuis bien longtemps, les idées concernant ce pronostic n'ont pas changé, et c'est justement la non-évolution de la question depuis trente-deux ans qui nous paraît intéressante.

En 1897, en effet, les idées qui veulent prêter un caractère pessimiste au pronostic de ces accidents primitifs atypiques existaient déjà : beaucoup pensaient que syphilis extragénitale signifiait syphilis maligne. Fournier avait combattu cette théorie; depuis lors, l'étude pronostique des chancres extragénitaux a fait couler beaucoup d'encre, sans qu'aucune conclusion vraiment solide ne vienne ébranler les principes posés par le grand syphiligraphe français.

C'est ainsi que nous avons consulté les travaux de Mayer,

Hardy, Benario, Dieulafoy (thèse de Chabrol), de Dujardin, Pipet, Nivet, sans pouvoir constater une évolution nette des idées concernant la gravité des chancres extragénitaux depuis Fournier.

Parlons donc de cette légende qui a voulu faire de l'extragénéralité la cause de « mauvaises syphilis », de « syphilis du moyen âge ». Elle est née, cette légende, de l'observation de cas extrêmement graves, que l'on a oublié de considérer comme des exceptions et qui, faisant l'objet de la généralisation, cette tendance propre à l'esprit humain, comme disaient les philosophes, ont permis de conclure, en allant du particulier au général, que toutes les syphilis extragénitales étaient d'une gravité extrême. En réalité, il faut, dans le domaine de l'exception, trouver l'équivalent en bénignité, de la malignité de ces cas exceptionnels.

Plusieurs exemples ont été signalés par Fournier, entre autres un cas de chancre du doigt, qui donna lieu à une syphilis remarquablement muette.

Restent à envisager maintenant les cas les plus nombreux, ceux qui ne sont plus l'exception, mais bien l'objet véritable de l'observation des syphilis extragénitales.

De rigoureuses statistiques dressées à la fin du siècle dernier permettent d'affirmer que l'on n'a pas le droit de prétendre plus graves les syphilis qui ne sont pas nées d'un accident génital. Rappelons que ces statistiques ont été faites en se servant du tertiarisme comme malignité étalon : notre espoir était de corroborer par nous-même cette idée, à laquelle nous attachons toute notre foi. Or, il se trouve que, sur tous les cas observés, nous ne pouvons guère suivre sur plus de trois ans chaque syphilisé extragénital; nous apportons donc seulement l'affirmation qu'aucun des malades traités régulièrement pendant une quarantaine de mois n'a présenté le moindre accident secondaire ou que, s'ils ont été pris en période secondaire, aucun n'est arrivé au tertiarisme. Il n'est pas de malade qui, se croyant guéri et ayant abandonné tout traitement, ait été ramené par l'éclosion d'acci-

dents nouveaux. Si cette négligence n'est pas à encourager, qu'elle nous permette néanmoins de voir là une preuve que cette hypermalignité des syphilis extragénitales est une illusion.

D'autre part, notre enquête concerne des malades traités; que deviendraient ces syphilis sans le secours médical ? Nous ne pouvons le prévoir; mais en admettant même qu'elles soient spontanément très graves, qu'importe, puisque la seringue a raison de cette virulence hypothétique.

Nous voudrions maintenant suggérer deux interprétations possibles des cas de syphilis malignes extragénitales qui peuvent toujours s'observer.

1° Le chancre syphilitique extragénital est atypique. Ainsi s'explique la possibilité d'un diagnostic faux ou d'un diagnostic tardif. Qu'une syphilis traitée tardivement ait une évolution plus rapide et plus grave que la syphilis attaquée dès l'apparition de l'accident primitif, c'est là une donnée tout à fait classique.

2° Nous pensons, enfin, au rôle que peut jouer l'irrégularité du traitement; nous sommes même surpris de ne pas observer des cas graves plus fréquents lorsque nous voyons la négligence avec laquelle beaucoup de malades à accident primitif extragénital se font soigner.

Le gros public, en effet, considérerait certainement Ricord comme un audacieux précurseur : maladies vénériennes, ils savent tous qu'elles existent; mais peu leur chaut d'établir en leur esprit une distinction entre syphilis et blennorrhagie. Ils admettraient volontiers qu'une gonorrhée « rentrée » est une cause de vérole. Pourtant, chacun discourt abondamment sur la syphilis; la campagne antivénérienne cinématographique, vocale et graphique leur a donné en cette matière des prétentions d'homme de science — encore que les hommes de science ne seraient pas aussi prétentieux. Lorsque nous affirmons à une femme que ce bouton qui fleurit sa lèvre la met dans l'obligation d'offrir son M veineux à notre aiguille pendant de longs mois, elle est toute prête à nous

considérer comme des pessimistes timorés et à nous expliquer quels seraient les caractères de son accident primitif si elle avait véritablement une syphilis. Souvent, l'éloquence persuasive du thérapeute obtient des résultats passagers; on se soigne quelque temps; puis le chancre se cicatrise, les soucis s'en vont, et la feuille de traitement reste dans le classeur.

Nous pensons donc qu'une syphilis extragénitale n'est, par sa nature, dans l'immense majorité des cas, nullement plus maligne que la syphilis génitale : « La syphilis est toujours la syphilis et elle a aussi bien le droit d'être grave, alors qu'elle procède d'un chancre extragénital ou alors qu'elle dérive d'un chancre génital. »

Dès lors, quel sens donner à la phrase du contradicteur de Fournier : « C'est un malheur de prendre la vérole, mais c'est un double malheur de la prendre par d'autres voies que la voie génitale... », si ce n'est celui qui se dégageait de la parole d'un de nos maîtres, lorsque, malicieusement, il disait en se désinfectant les mains après la palpation d'un chancre : « Si je dois attraper la vérole, au moins qu'elle ne soit pas ainsi ! ».

Nous devons pourtant remarquer que cette conclusion ne suffit pas aux auteurs contemporains. Ils cherchent non plus dans une vue d'ensemble, mais dans l'étude de chaque variété topographique, un élément de pronostic différent.

Les contemporains en cela font ce qu'avait déjà fait Fournier.

1° Fournier admet qu'il existe trois ordres de syphilis extragénitale qui de par les méfaits inscrits à leur bilan semblent spécialement dignes du renom de mauvaises syphilis : ce sont les syphilis d'origine mammaire, digitale et vaccinale. Il admet d'ailleurs que leur gravité n'est qu'une gravité d'emprunt, gravité imputée à des circonstances étrangères surajoutées ou bien à des causes purement individuelles, tenant à l'âge, à l'état général, à l'hérédité, au terrain en un mot.

Ce serait plus du terrain que relèverait le caractère malin des syphilis extragénitales que de la spécialisation du siège. Il accorde encore une malignité spéciale aux chancres amygdaliens; il incrimine en ce cas les infections secondaires greffées sur le chancre et prenant naissance dans la bouche « aquarium peuplé par une foule de microbes ».

2° Jeanselme, Brocq, Cl. Simon et Bloch (Thèse de Chabrol) font une réserve en ce qui concerne la gravité du pronostic des chancres céphaliques.

Ces auteurs pensent que l'infection syphilitique se propagerait comme l'infection tétanique ou diphtérique, non seulement par voie sanguine, mais en suivant aussi les nerfs périphériques. Ils reprennent les expériences de Cathelin, qui, le premier, avait conclu à l'existence de la circulation du liquide céphalo-rachidien; ils reprennent l'expérience de Stepheanu Hortbatsky, qui pense qu'il s'agit plutôt d'un écoulement long et continu que d'une circulation à cycle complet du liquide céphalo-rachidien; cet auteur, injectant du bleu de méthylène dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans les nerfs périphériques, observait la diffusion centrifuge ou centripète du colorant, ce qui lui permit de noter :

a) Une voie principale, qui serait celle qui, « des gaines sous-arachnoïdiennes gagne la circulation générale, en passant successivement par les lymphatiques des gaines nerveuses, les ganglions auxquels ceux-ci se rendent, puis les afférents des ganglions à la citerne de Pecquet, au canal thoracique ou à la grande veine lymphatique, et finalement au confluent jugulo-sous-clavier ».

b) Des voies secondaires, à savoir : « Une suivie par le liquide céphalo-rachidien, qui passe directement dans la circulation veineuse de l'encéphale et de là dans la circulation générale; la dernière voie serait représentée par les gaines vasculaires, le système lymphatique et la grande circulation. »

« La voie principale, dit Cl. Simon, semble donner la clé de la marche du virus syphilitique dans certains cas de chan-

eres céphaliques. Le liquide céphalo-rachidien baigne la gaine périnerveuse et les gaines périfasciculaires, qui se continuent par les lymphatiques jusqu'aux ganglions. Ainsi, le bubon syphilitique, réservoir de virus, peut transmettre directement l'infection au liquide céphalo-rachidien et remonter jusqu'aux centres nerveux. »

Que penser de cette hypothèse ? Devons-nous croire vraiment que l'égalité de virulence ne concerne que certains chancres extragénitaux, les autres étant d'un pronostic plus sombre ?

En l'absence d'observations personnelles de ces localisations malignes, nous aurions voulu rencontrer chez tous les auteurs un accord dans la désignation de ces localisations de « mauvaises syphilis ».

Or, Fournier cite les chancres digitaux, mammaires et vaccinaux, que n'admettent plus les auteurs récents. Si certaines localisations étaient vraiment malignes en elles-mêmes, les observateurs seraient d'accord pour les reconnaître.

Au reste, les arguments invoqués par les uns et par les autres ne sont pas sans réplique.

a) *Les auteurs contemporains* font des chancres céphaliques les chancres malins, en invoquant l'infection du liquide céphalo-rachidien à partir du bubon de ces chancres.

Suffit-il de dire que « les ganglions inguinaux sont peut-être trop excentrique, pour être compris dans le trajet du liquide céphalo-rachidien (Chabrol), pour que l'on admette que les chancres génitaux ne peuvent pas, eux, infecter également le liquide céphalo-rachidien par leur « réservoir de virus inguinal » ?

Chabrol, qui a adopté les idées de Jeanselme et de Cl. Simon, rapporte à l'appui de cette thèse deux cas de chancres des gencives suivis d'accidents nerveux précoces; mais il reconnaît qu'à propos de ces deux cas il y a lieu d'apporter des restrictions. Dans l'un de ces deux cas, en effet, le malade resta sans traitement de 1916 à 1924; dans l'autre,

le malade suivit son traitement d'une façon « tout à fait irrégulière ».

D'autre part, Dujardin, par une étude attentive du liquide céphalo-rachidien de 53 cas de chancres céphaliques, conclut que la gravité moyenne de ces chancres est en tout point comparable à celles des autres chancres extragénitaux.

b) Les chancres graves d'après Fournier, étaient mammaires, vaccinaux. Or, nous l'avons dit, la fréquence de ces chancres a diminué au point qu'il ne paraît pas utile de prendre en considération, à l'heure actuelle, leur gravité possible. Quant aux chancres digitaux, ils sont parfois graves; mais n'oublions pas que, parmi les cas de syphilis extragénitales essentiellement bénins que nous rapportons pour les opposer aux cas particulièrement graves, il se trouve précisément un cas de chancre digital.

Enfin, Fournier déclare maligne la syphilis par chancre amygdalien, et, ici, plus qu'ailleurs, l'explication nous semble tenir dans la difficulté du diagnostic. On sait, en effet, que le chancre amygdalien, parfois accompagné de fièvre d'un orage infectieux avec frissons, céphalalgie, état saburral, courbature, adynamie, est souvent un des plus atypiques.

Nous pouvons conclure en disant que :

Les syphilis extragénitales ne sont pas plus graves que les syphilis génitales. Les explications que l'on a invoquées pour faire admettre la malignité de certaines localisations répondent, nous l'admettons, à des cas particuliers; mais elles ne suffisent pas à établir non seulement que les syphilis extragénitales sont plus graves que les syphilis génitales, mais encore elles ne suffisent pas à faire dire que, parmi les syphilis extragénitales, certaines sont plus graves que d'autres.

Nous pensons que les cas graves de syphilis extragénitales en général, comme les cas graves de certaines localisations, trouvent leur explication dans ces deux faits patents :

1° Traitement tardif;

2° Traitement irrégulier.

CHAPITRE IV

APERÇU MEDICO-LEGAL

« La syphilis est toujours la syphilis. » La syphilis à chancre extragénital, comme toute autre, est une maladie grave; parmi les causes de contamination, nous avons énoncé des causes professionnelles : c'est pourquoi se pose ici une question d'ordre médico-légal.

La syphilis à chancre extragénital relevant de causes professionnelles doit-elle être considérée comme un accident du travail ?

En réalité, et sous réserve de pouvoir établir l'origine professionnelle, le chancre extragénital peut être un accident du travail dans les cas suivants :

1° CONTAMINATION.

a) *Le chancre est contracté en accomplissant le travail.* — Il est contracté indirectement par l'intermédiaire d'un instrument. Par exemple, le chancre buccal du verrier : l'ouvrier a les lèvres fendillées par l'usage continuel de la canne; la canne est embouchée par des équipes d'ouvriers; si l'un d'eux est porteur de lésions syphilitiques primaires ou secondaires de la bouche, d'autres peuvent se contaminer.

Le chancre est contracté directement, et c'est le cas des chancres de nourrice à nourrisson ou de nourrisson à nourrice. C'est le cas aussi des chancres du doigt des médecins, dentistes et sages-femmes.

Ces modes de contamination posent d'ailleurs un problème de responsabilité civile.

b) *Le chancre est contracté à l'occasion du travail.* — Il s'agit ici des morsures consécutives à des rixes, à des querelles d'ateliers. L'accident-violence n'a pas un rapport véritable avec le travail; il survient néanmoins « à l'occasion » du travail.

2° AGGRAVATION.

A la période primaire, à la période de chancre, les complications que pourrait entraîner un traumatisme survenu au cours du travail sont tout à fait exceptionnelles.

3° PRÉDISPOSITION.

Les plaies contractées au cours du travail constituent, c'est certain, un élément favorisant de la contamination syphilitique; mais en ce cas plus qu'en tout autre, il convient de déterminer, pour que l'on puisse parler d'accident du travail, l'origine professionnelle nette de la contamination, c'est-à-dire qu'il faudra un certificat d'origine de la blessure, un certificat de coïncidence de place entre le chancre et la blessure, *surtout si la lésion est apparue dans un des lieux d'élection des chancres extragénitaux*. Il faudra que le chancre se soit manifesté dans un laps de temps correspondant à la période d'incubation habituelle, et il faudra établir que la contamination s'est faite à l'atelier pendant une heure de travail.

Le plus souvent, d'ailleurs, la plaie traumatique n'est infectée que secondairement par le tréponème, ce qui nous fait conclure qu'il est très difficile de faire des chancres extragénitaux des accidents du travail. C'est une hypothèse qui sera souvent suggérée par l'ouvrier et que le médecin devra la plupart du temps rejeter.

On voit que la responsabilité patronale peut être engagée dans des cas bien particuliers de chancres extragénitaux. Ces cas sont rares, et il est probable que les contaminations

par outils en particulier deviendront de moins en moins fréquentes, avec les perfectionnements du machinisme si ce n'est avec des résultats prophylactiques meilleurs.

Pensons, enfin, « que le spirochète ne se trouve pas partout comme un vulgaire staphylocoque et qu'il ne vit pas longtemps hors de l'organisme humain ».

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

(Recueillies au Dispensaire central de la Ville de Bordeaux.)

Nous avons, en réalité, recueilli une centaine d'observations; si nous ne les publions pas toutes, c'est que beaucoup se rapportent soit à des malades en traitement dont l'accident primitif est encore trop récent, soit surtout à des malades traités il y a plusieurs années, pendant un temps plus ou moins court, et qui n'ont plus reparu au dispensaire.

Les observations que nous publions sont celles de malades suivis au moins pendant trois ans : elles sont donc de nature à confirmer sérieusement les conclusions que nous avons émises.

OBSERVATION I.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre de la lèvre supérieure.

D... (Fernand), 21 ans, garçon de café.

Première consultation : 5 avril 1923. Vient pour un chancre induré typique de la lèvre supérieure sur la ligne médiane dont le début remonte à un mois et demi environ. Adénopathie sous-maxillaire gauche importante, petite plaque muqueuse de la lèvre, roséole profuse sur les flancs. Se plaint également de céphalées. Ce jeune homme assure n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis trois mois et demi environ; il attribue son accident à la mauvaise

habitude qu'il a contractée, de par sa profession, de ramasser les crayons que la clientèle oublie sur les tables de jeu et de les utiliser après en avoir humecté la mine (?)

B.-W. + + + +, le 5 avril 1923.

Traitement. — Première année :

- a) Novarsénobenzol (de 0,15 à 0,90) : 5 g. 80;
- b) Novarsénobenzol (de 0,15 à 0,75) : 4 grammes;
- c) Pilules protoïodure n° 60;
- d) Novarsénobenzol : 0,15, 0,30, suivi de maux de tête, troubles, vertiges;
- e) Pilules n° 60.

Part au régiment le 9 avril 1924, où il est traité.

Le 2 décembre 1925 : Pilules mercurielles n° 50.

Le 4 janvier 1927 : B.-W. + + + +.

Quatrième année :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 4 g. 05;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 3 g. 15;

Pilules mercurielles n° 50.

Une ponction lombaire à cette époque s'est montrée négative.

Actuellement, marié et père d'un enfant de 1 an 1/2 en excellente santé.

OBSERVATION II.

(Docteur A. PETGES.)

Chancre du menton chez une enfant de 3 ans.

C... (Fernande), 3 ans.

Est amenée le 20 janvier 1932 à la consultation par sa mère, elle-même traitée au dispensaire pour syphilis secondaire. Le père est également soigné pour un chancre induré de la lèvre supérieure.

L'enfant présente un chancre induré du menton, et est traitée depuis cette date par des injections de sulfarsénol.

OBSERVATION III.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancres de la lèvre supérieure suivis pendant quatorze ans.

D... (André), 34 ans, plâtrier.

Contracte un chancre de la lèvre supérieure en 1918 et reçoit comme tout traitement : 4 injections de cyanure de mercure et 8 injections de novarsénobenzol (5 g. 40 en tout).

Ne paraît plus au dispensaire jusqu'au 16 février 1932. A cette date, tant du point de vue circulatoire que nerveux, ne révèle absolument rien.

B.-W. négatif.

Meinicke négatif.

En résumé : *Traitement illusoire; rien après quatorze ans.*

OBSERVATION IV.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre de la marge de l'anus suivi pendant treize ans.

P... (Marcel), 16 ans, manoeuvre.

Se présente à la consultation le 18 juillet 1919 avec un chancre de la marge de l'anus avec roséole.

Traitement :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 4 g. 15;

Pilules protoiodure n° 60;

Pilules protoiodure n° 60.

Le 23 janvier 1923, après réactivation, le B.-W. est négatif et le reste quatre fois jusqu'en décembre 1931.

Pendant ces six ans, le malade ne reçoit aucun traitement.

Il revient au dispensaire le 5 janvier 1932 avec des chancres mous multiples du limbe préputial dont la guérison est confirmée le 23 février.

A cette date, le B.-W. est toujours négatif.

En résumé : *Traitement léger, irrégulier et tardif; treize ans après, pas d'accident.*

OBSERVATION V.

(Professeur PETGES.)

Chancre du menton suivi pendant onze ans.

C... (Maurice), artiste acrobate, 21 ans.

A contracté un chancre du menton en 1919 (février). Traité très irrégulièrement dans les divers dispensaires des villes où sa profession l'obligeait à séjourner.

Revient le 8 avril 1925 parce qu'il se plaint de céphalées nocturnes. L'examen de son système nerveux montre des pupilles réagissant bien à la lumière. Pas de troubles de la sensibilité; réflexes rotuliens et achilléens un peu vifs. B.-W. + + + +.

Traitement : Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 2 g. 65.

Il continue à se faire soigner dans les diverses villes qu'il traverse.

Revu le 25 septembre 1928 : B.-W. négatif. Bon état général.

En résumé : *Traitement irrégulier. N'a cependant présenté aucun accident pendant neuf ans.*

OBSERVATION VI.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre de la lèvre inférieure suivi pendant dix ans.

D... (Henry), 29 ans, mécanicien.

Se présente le 22 juin 1920 avec un chancre de la lèvre inférieure. Il reçoit alors deux séries de novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 4 g. 50 chacune.

Puis le malade cesse tout traitement pendant quatre ans et demi.

Il revient le 16 novembre 1928, envoyé par le service de clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-André, pour chorio-rétinite de l'œil droit avec décollement de la rétine. Il reçoit 15 injections de cyanure de mercure.

Deux mois plus tard, il présente une chorio-rétinite de l'œil gauche et reçoit une nouvelle série de cyanure. Le B.-W. est négatif le 20 novembre 1930.

Le malade n'est jamais plus revenu.

En résumé : *Traitement précoce, mais très irrégulier. Arrêt de tout traitement pendant quatre ans et demi; accidents oculaires. Dix ans après, B.-W. négatif.*

OBSERVATION VII.

(Professeur PETGES.)

Chancre de la lèvre supérieure suivi huit ans.

Mme B... (Solange), 24 ans, dactylo.

Le 8 mars 1923, on constate un chancre induré de la lèvre supérieure accompagné de ganglions sous-maxillaires gauches. Le début des accidents date d'un mois, le B.-W. est positif.

Traitement. — Mars 1923 :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 4 g. 50;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,45) : 1 g. 50.

La malade quitte Bordeaux. De retour le 9 septembre 1931, s'étant fait traiter sérieusement entre temps, elle présente un B.-W. négatif. L'examen des appareils circulatoires et nerveux ne décèle rien.

En résumé : *Traitement assez précoce, sérieux et régulier. En huit ans, pas d'accident.*

OBSERVATION VIII.

(Professeur agrégé JOULIA.)

*Deux chancres de la lèvre inférieure chez un malade
suivi pendant sept ans.*

R... (Auguste), 23 ans, chaudronnier.

Vient consulter le 10 novembre 1925, pour deux chancres indurés très typiques de la lèvre inférieure, dont le début remonte à huit jours. Présente une polyadénopathie sous-maxillaire marquée. B.-W. négatif à cette date.

Traitement. — Première année :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 5 g. 10.

2 février 1926 : B.-W. négatif.

Quinby, 15 injections à 3 cc.;

Pilules protoïodure n° 30;

Pilules protoïodure n° 60.

Quinby, 10 injections à 3 cc.

Deuxième année :

Pilules protoïodure n° 30;

Pilules protoïodure n° 60.

Troisième année :

Pilules protoïodure n° 60.

Revient en 1929 et 1931 pour réactions de B.-W. qui se montrent toutes négatives.

En 1932, 3 piqûres de bivatol pour réactivation à la suite desquelles le B.-W. est négatif.

En résumé : *Traitement anodin, ne présente cependant pas d'accident après sept ans.*

OBSERVATION IX.

(Docteur DAVID-CHAUSSÉE.)

Chancre de la lèvre inférieure suivi pendant sept ans.

D... (C.), 39 ans, organisateur de spectacles.

En 1917, à Paris, ce malade a présenté un chancre induré de la lèvre inférieure, et il a été traité par « quelques » injections de novarsénobenzol.

En 1920, il entre, à Lyon, à l'Hôpital de l'Antiquaille, présentant trois gommes syphilitiques tertiaires au niveau du creux poplité; il reçoit une série de novarsénobenzol.

Nous notons le 27 juin 1924, lorsque le malade se présente à nous pour la première fois, les cicatrices caractéristiques du creux poplité, mais on ne remarque aucun accident actuel et le B.-W. est négatif.

On fait au malade deux injections de novarsénobenzol (0,15, 0,30).

Mais il ne revient plus...

En résumé : *Traitement insignifiant; accidents syphilitiques tertiaires la troisième année.*

OBSERVATION X.

(Docteur DAVID-CHAUSSÉE.)

Chancre de la marge de l'anus suivi pendant sept ans.

B... (Robert), 24 ans, employé.

Se présente au dispensaire le 12 juin 1925 avec un chancre de la marge de l'anus, des plaques muqueuses papulo-hypertrophiques de la même région et de la face interne des cuisses.

Traitement : Première année :

Novarsénobenzol (0,15 à 1,20) : 5 g. 40;

Pilules à 0,005 n° 60;

Quinby, 12 injections à 3 cc.

Deuxième année :

Sulfarsénol (0,18 à 0,60) : 3 g. 12;

Pilules de Ricord n° 60;

Sulfarsénol (0,12 à 0,54) : 4 g. 14.

Troisième année :

Novembre 1927 à février 1928 : sulfarsénol (0,12 à 0,60) :
4 g. 14.

9 mai 1928 : Pilules de Ricord n° 60;

Août 1928 : Pilules de Ricord n° 60;

Février 1929 : Pilules de Ricord n° 60.

Quatrième année :

Janvier-avril 1930 : sulfarsénol (0,12P à 0,60) : 3 g. 90.

Octobre 1930 : Bivato!, 6 ampoules.

Janvier 1931 : B.-W. négatif.

Octobre 1931 : B.-W. négatif.

En résumé : *Traitement précoce, sérieux et régulier. Aucun accident après sept ans.*

OBSERVATION. XI.

(Professeur PETGES.)

Chancrè de la lèvre inférieure suivi pendant 4 ans.

A... (B.), 21 ans.

Se présente au dispensaire le 16 mars 1926 avec un chancre de la lèvre inférieure diagnostiqué déjà depuis le 1^{er} janvier.

Traitement : Première année :

Cyanure de mercure, 6 injections à 0,01;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 5 g. 25;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 5 g. 50;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 3 g. 65.

Deuxième année :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 3 g. 15;

Sulfarsénol (0,12 à 0,48) : 4 g. 26.

Troisième année :

Novarsénobenzol (0,30 à 0,75) : 4 g. 90;

Pilules de Ricord n° 60;

Sulfarsénol (0,12 à 0,18) : crise nitritoïde.

Quatrième année :

Muthanol, 45 injections;

Pilules de Ricord n° 60;

Pilules de Ricord n° 60;

Pilules de Ricord n° 60;

Pilules de Ricord n° 60.

En octobre 1930 : B.-W. négatif.

En résumé : *Traitement commencé au troisième mois, régulièrement poursuivi pendant quatre ans. Aucun accident.*

B.-W., examens circulatoire et nerveux négatifs.

OBSERVATION XII.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre du menton suivi pendant quatre ans.

D... (Jean), 40 ans, chauffeur.

A présenté en 1922 un chancre du menton suivi de roséole avec syphilides croûteuses du cuir chevelu.

Traitement :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 2 g. 25.

Le malade ne revient plus après la cinquième piqûre.

En 1925, revient avec des accidents syphilitiques tertiaires sur la jambe droite.

Traitement : Sulfarsénol (0,12 à 0,30) : 1 g. 30.

Ne revient plus.

Le 27 juillet 1926, le malade accuse des céphalées fréquentes à maximum vespéral; à l'examen, pupilles égales réagissant bien à la lumière; réflexes rotuliens et achilléens normaux, mais sensibilité

profonde très atténuée (pression tendon d'Achille, percussion du tibia), normale à la pression des testicules.

Tension artérielle à l'oscillomètre : Mx, 13; Mn, 5; Io, 5.

On commence une série de cyanure de mercure.

Le malade ne revient plus la première piqûre faite.

En résumé : *Traitement très irrégulier et illusoire. Accidents syphilitiques tertiaires, pas de troubles de la réflectivité, hypoes-thésie profonde.*

OBSERVATION XIII.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre de la langue suivi pendant quatre ans.

Mme B... (Camille), 28 ans.

Se présente le 7 avril 1927 avec un chancre de la langue datant de deux mois, des syphilides pigmentaires du cou et du dos et des ganglions sous-maxillaires, volumineux à droite. Le mari est également traité au dispensaire.

Traitement : Première année :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,60) : 4 g. 20;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,45) : 4 g. 65;

Sulfarsénol (0,18 à 0,60) : 4 g. 86.

Deuxième année :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,60) : 4 g. 50. Intolérance.

Acétylarsan, 22 injections à 3 cc.;

Sulfarsénol (0,06 à 0,54) : 3 g. 42.

Troisième année :

Quinty, 20 injections à 3 cc.;

Rob Oberlin.

Quatrième année :

Arsaminol, 12 injections à 3 cc.

14 janvier 1929 :

B.-W. négatif.

Vernes 0.

En résumé : *Traitement relativement tardif, sérieux, régulier; en trois ans, pas d'accident.*

OBSERVATION XIV.

(Docteur LE COULANT.)

Chancre de la lèvre supérieure suivi pendant trois ans.

C... (Charles), chauffeur, 25 ans.

Première consultation le 6 mai 1929 : accident primitif de la lèvre supérieure avec légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Présence de tréponèmes à l'ultra-microscope dans la sérosité de la lésion.

Traitement : Première année :

Arsaminol, 20 injections de 3 cc.

Arsaminol, 15 injections de 3 cc.

Solmuth, une ampoule n° 15;

Sulfarsénol (0,12 à 0,60) : 5 g. 28.

Deuxième année :

Pilules de protoiodure à 0,05, n° 60;

Bivatol, une ampoule n° 15;

Sulfarsénol (0,66 à 0,60) : 5 g. 76.

Troisième année :

Sulfarsénol (0,12 à 0,54) : 3 g. 48;

Bivatol, 1 ampoule n° 17.

B.-W. négatif le 15 mars 1932.

En résumé : *Traitement sérieux pendant trois ans. N'a jamais présenté d'accident. Sept B.-W. pendant la durée du traitement. Se sont tous montrés négatifs.*

OBSERVATION XV.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancres des deux amygdales suivis pendant quatre ans.

Mme C... (Yvonne), 23 ans, cultivatrice.

Présente le 17 août 1922 un chancre des deux amygdales avec adénopathie satellite, roséole du tronc et de l'abdomen.

L'accident primitif remonte à un mois. B.-W. + + + +.

Traitement : Première année : août 1922 :

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 3 g. 90;

Pilules de Ricord n° 60.

28 décembre : B.-W. + + + +.

Janvier 1929 :

Néotrépol, 15 injections de 2 cc.;

Benzobismuth, 12 ampoules.

Deuxième année :

Août : Pilules de Ricord n° 60;

Septembre : Pilules de Ricord n° 60;

Quinby, 15 injections de 3 cc.

En août 1925 : B.-W. négatif.

Pilules de Ricord n° 60;

Pilules de Ricord n° 60;

Pilules de Ricord n° 30.

En mai 1926 : B.-W. négatif.

En résumé : *Traitement tardif, léger, régulier. Pas d'accident, mais B.-W. longtemps irréductible.*

OBSERVATION XVI.

(Professeur PETGES.)

*Deux chancres (lèvres supérieure et inférieure)
suivis pendant quatre ans.*

Mme L... (Jeanne), 37 ans, serveuse de restaurant.

Présente le 16 avril 1923 un chancre de la lèvre supérieure à

droite, un chancre médian de la lèvre inférieure avec adénopathie sous-maxillaire.

Les accidents primitifs datent de trois mois. En mars apparaissent des plaques muqueuses ano-vaginales, une roséole à type papuleux, accompagnées de céphalées nocturnes. Le B.-W. est positif. La malade est hospitalisée à Saint-André au début d'avril.

Traitement. — Première année : Avril 1923 :

Novarsénobenzol (0,15-0,75) : 3 g. 90;

Siróp de Gibert;

Novarsénobenzol (0,15-0,75) : 3 g. 60;

Tartrobismuth, 10 injections de 1 cc.;

Sigmuth, 5 injections, provoquant stomatite, malaises, courbatures.

Deuxième année :

Pilules de Ricord n° 60;

Pilules de Ricord n° 60;

B.-W. négatif.

Novarsénobenzol (0,15 à 0,45) : 2 g. 25 (malaises);

Sigmuth, 2 piqûres (grippe). Elixir Déret.

Le 27 janvier 1927, après réactivation, le B.-W. se montre négatif.

En résumé : *Traitement relativement tardif, sérieux et régulier. En quatre ans, pas d'accidents, si ce n'est quelques troubles provoqués par les médicaments.*

OBSERVATION XVII.

(Professeur PETGES.)

Chancre du pouce suivi pendant trois ans.

G... (André), peintre, 31 ans.

Vient pour la première fois au dispensaire le 23 juin 1926, parce qu'il présente un accident primitif du côté externe de la phalangine du pouce droit. Aurait présenté il y a deux mois et

de mi environ un traumatisme du pouce droit avec une petite plaie suivis au bout de quelques semaines d'une lymphangite de l'avant-bras.

A l'examen : polyadénopathie axillaire, roséole paraissant en voie de disparition. Eruption ulcéro-croûteuse généralisée.

Le malade accuse des céphalées nocturnes très intenses avec irradiations vers la nuque.

A cette date, B.-W. + + + +.

Traitement. — Première année :

Cyanure de mercure, 4 injections (stomatite);

Sulfarsénol (0,06 à 0,66) : 5 g. 52;

Sirop de Gibert;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 4 g. 50;

Sirop Gibert;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 4 g. 50.

Deuxième année :

Pilules Protoïodure n° 60;

Pilules Protoïodure n° 60;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 5 g. 25.

Le 12 janvier 1928 B.-W. négatif; Vernes, 0.

Troisième année :

Pilules Ricord n° 60;

Pilules Ricord n° 60;

Pilules Ricord n° 60;

Pilules Ricord n° 30.

1^{er} février 1929 : Quinby, injections de 2 cc., 2 piqûres mal supportées.

Pilules Ricord n° 60;

Muthanol, 15 injections à 2 cc.

Quatrième année : 24 septembre 1929 : B.-W. = 0.

Sulfarsénol (0,12 à 0,54) : 3 g. 12.

Le 26 novembre 1929, l'examen de ses divers appareils est négatif. B.-W. négatif.

En résumé : *Traitement prolongé. Pas d'accident.*

OBSERVATION XVIII.

(Docteur DAVID-CHAUSSÉE.)

*Chancre de la commissure labiale gauche
suivi pendant trois ans.*

I... (Félix), 36 ans, menuisier.

Ce malade présentait un chancre induré de la commissure labiale gauche datant d'un mois et accompagné de gros ganglions sous-mentonniers gauches et de quelques papules rosées sur le tronc peu caractéristiques. Ceci se passe le 13 avril 1929, le B.-W. est alors positif. Le malade ne se fait pas traiter.

Il revient le 15 mai 1929 porteur de plaques muqueuses de la lèvre inférieure et souffrant de céphalées. Il se décide alors à suivre un traitement régulier.

Traitement. — Première année : mai 1929 :

Arsaminol, 15 injections de 3 cc.;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 4 g. 20;

Quinby, 15 injections.

Octobre 1929 : B.-W. négatif.

Deuxième année : 23 septembre 1930 : B.-W. négatif.

Acétylarsan, 15 injections à 3 cc.;

Acétylarsan, 10 injections à 5 cc.

Troisième année : octobre 1931 : B.-W. négatif.

Acétylarsan, 8 injections à 5 cc.;

Pilules Ricord n° 60;

En octobre 1932 : B.-W. négatif.

En résumé : *traitement tardif, sérieux et régulier en quatre ans.*
Pas d'accident.

OBSERVATION XIX.

(Docteur A. PETGES.)

*Chancres de la lèvre supérieure
suivis pendant trois ans.*

Mme L... (Jeanne), 40 ans, dactylo.

Se présente à la consultation le 12 juillet 1929 avec un chancre induré de la lèvre supérieure datant de deux mois.

Présence de nombreux tréponèmes à l'ultra-microscope. Le B.-W. est positif.

Traitement. — Première année.

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 1 g. 95;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 5 g. 70.

Deuxième année :

Sulfarsénol (0,06 à 0,60) : 3 g. 96;

Muthanol, 15 injections;

Muthanol, 15 injections;

Pilules Ricord n° 60;

Sulfarsénol (0,06 à 0,36) : 3 g. 58.

Avril 1932 : Bivato!, 15 injections. B.-W. négatif.

Ne revient plus.

En résumé : *Traitement précoce, sérieux, régulier, pendant trois ans et demi. Pas d'accident.*

OBSERVATION XX.

(Professeur PETGES.)

*Chancres lèvres inférieure et supérieure
suivis pendant neuf ans.*

Mme C... (Yolande), modiste.

Présente le 15 novembre 1929 un chancre induré du vestibule buccal de la lèvre inférieure, et deux petits chancres de la lèvre

supérieure, accompagnés de roséole du tronc et d'une légère adéno-pathie sous-maxillaire et sous-mentale.

Traitement. — *Première année* (novembre 1929-novembre 1930) :

Cyanure de mercure, 4 injections de 30,04;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 5 g. 85.

17 février : B.-W. + + + +.

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 4 g. 95;

Muthanol, 15 injections;

Bivatol, 11 injections.

Deuxième année : B.-W. négatif.

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 5 g. 85;

Bivatol, 15 injections (stomatite);

Novarsénobenzol (0,15 à 0,75) : 5 g. 60;

Rot Oberlin.

Troisième année : B.-W. négatif.

Sulfarsénol (0,06 à 0,60) : 5 g. 40;

Muthanol, 10 injections;

Arsaminol, 4 injections mal tolérées;

Quinby, 9 injections;

Sulfarsénol (0,12 à 0,60) : 4 g. 68.

En résumé : *Traitement commencé en période secondaire, sérieux, régulier. Aucun accident.*

OBSERVATION XXI.

(Professeur agrégé JOULIA.)

Chancres de l'amygdale suivis pendant trois ans.

M... (Auguste), 40 ans, marchand ambulant.

Se présente le 20 avril 1929 avec un accident primitif à l'amygdale droite. B.-W. + + + +. Adénopathie sous-maxillaire.

Traitement. — Première année.

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 4 g. 80;

Novarsénobenzol (0,15 à 0,90) : 4 g. 95;

Quinby, 15 injections à 3 cc.

Deuxième année : juillet 1930 : B.-W. + + + +.

Pilules Ricord n° 60;

Quinby, 15 injections à 3 cc.

3 décembre 1930 : B.-W. négatif.

Sulfarsénol (0,06 à 0,60) : 4 g. 44.

15 avril 1931 : B.-W. négatif.

Muthanol, 10 injections à 3 cc.

Troisième année : Quinby, 16 injections.

Quatrième année : octobre 1932 : B.-W. négatif.

Acétylarsan, 5 injections à 5 cc., traitement actuellement en cours.

En résumé : *Traitement prolongé. Aucun accident après quatre ans.*

*
**

De la lecture de ces observations, il se dégage les faits suivants :

Les syphilis extragénitales, ayant une évolution favorable, sont nombreuses lorsque le traitement est sérieux et prolongé.

Les cas graves sont relativement rares (3 cas sur 21 observations publiées de malades suivis pendant trois ans au moins). Ils sont toujours consécutifs à un traitement irrégulier ou illusoire.

L'on est surpris de constater des cas particulièrement bénins, que l'on peut opposer aux cas graves, qui résultent pourtant d'un traitement peu énergique.

CONCLUSIONS

I. — Les chancres syphilitiques extra-génitaux sont fréquents (12 p. 100 environ de la totalité des accidents primitifs). S'ils paraissent plus fréquents chez la femme, c'est sans doute parce que les chancres génitaux sont plus souvent méconnus chez elle que chez l'homme.

II. — Les muqueuses, par leur fragilité naturelle, sont le siège électif des chancres extra-génitaux.

III. — Les chancres céphaliques sont les plus nombreux par le fait que cette région comporte un important territoire muqueux; sur celui-ci agiront au maximum les causes de contamination les plus dangereuses et les plus durables : celles qui tiennent à la vie en commun, en famille ou dans la société.

IV. — Les syphilis extra-génitales ne sont pas plus graves que les syphilis génitales; les cas graves ne s'observent que chez des malades traités tardivement ou d'une manière irrégulière, et dans ces conditions même, les cas bénins ne sont pas rares.

V. — Les caractères atypiques des chancres extra-génitaux et l'insouciance des malades qui en sont atteints font que souvent le traitement est tardif ou irrégulier.

VI. — Rarement le chancre extra-génital est un accident du travail; en démontrer l'authenticité constitue pour le médecin légiste un problème plein de difficultés.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 23 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Bien que le sens dans lequel nous avons traité le sujet ne nous ait pas astreint à compulsier tous les documents que nous signalons, nous pensons qu'il n'est pas inutile de faire une bibliographie aussi complète que possible.

- AUMONT (Antoine). — Chancre syphilitique des paupières. Thèse Paris, 1893.
- ANDERSON. — Un cas de chancre syphilitique de la plante du pied. *Ann. des mal. vénér.*, 1885, p. 682.
- BARDET. — Chancres extragénitaux. Fréquence pendant la guerre. Pronostic. Thèse Paris, 1919.
- BART (Georges Le). — Chancre primitif du nez et des fosses nasales. Thèse Paris, 1894.
- BASCH (G.), THIBAUD (D.). — Le chancre de la conjonctive, accident professionnel du médecin. *Prophyl. antiv.*, nov. 1931.
- BELZODÈRE (G.). — Le deuxième cas de chancre syphilitique de l'amygdale linguale. *Ann. des mal. vénér.*, t. XXVI, p. 425-437, juin 1931.
- BERGERET, PACAUD, FOURNET. — Chancre syphilitique gingival à localisation exceptionnelle. *Rev. de stomatol.*, n° 7, juill. 1928.
- BERNEA. — Chancre syphilitique primaire et unique de la cloison. *Ann. des mal. vénér.*, t. XX, 1925, p. 919.
- BIENFAIT. — Chancres syphilitiques des doigts. Thèse Paris, 1925.
- BLANCHARD (A.). — Du chancre syphilitique conjonctival de la paupière supérieure. *Ann. d'oculist.*, t. LXXXVI, 1923, p. 862.
- BLUM (P.), BRALEZ (J.), ARCHAMBAUD (R.). — Chancres géants. Leurs sièges extragénitaux. Difficultés de diagnostic. *Ann. des mal. vénér.*, t. XXVI, p. 350-352, mai 1931.

- BLUM (P.), METZGER (A.). — Chancre syphilitique de l'ombilic. *Ann. des mal. vénér.*, t. XXVI, p. 503, juill. 1931.
- BOLTANSKI. — Chancre syphilitique de la face inférieure de la langue. *Rev. de stomatol.*, janv. 1927.
- BURNIER. — Chancre syphilitique de la langue. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1923, p. 360.
- CARIVENC (René). — Chancre syphilitique de la langue. Statistique et pourcentage. Thèse Paris, 1905.
- CAZALIS. — Chancre syphilitique de la conjonctive chez un enfant de 7 ans. *Ann. d'oculist.*, 163-822-825, nov. 1925.
- CHABROL (H.). — Etude statistique des chancres extragénitaux. Thèse Paris, 1926.
- COQUET (DE). — Sur un cas de chancre induré de la lèvre supérieure. *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1923, p. 93.
- DARCOURT. — Chancre syphilitique de l'ombilic. *Marseille médical*, t. LXII, 1925, p. 139.
- DAVID-CHAUSSEÉ, CHABARDÈS. — Chancre syphilitique lèvre supérieure. *Gaz. heb. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, t. XLIX, 1928, p. 459.
- DELINOTTE. — De la fréquence des chancres syphilitiques extragénitaux. Thèse Bordeaux, 1929.
- DERVILLÉE. — Syphilis et traumatisme. *La médecine du travail*, juill. 1932, Doin et Cie, édit.
- DOCTOROFF (C.). — Etude sur le chancre syphilitique des amygdales. Thèse Nancy, 1899-1900.
- DRUELLE (M.). — Le chancre syphilitique du cuir chevelu. Thèse Lyon, 1923-1924.
- DUJARDIN. — Pronostic des chancres extragénitaux. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1919.
- FERRO (José). — Etude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale. Paris, 1897.
- FORKMIADÈS (Constantin). — Etude sur le chancre des paupières. Paris, 1890.
- FRANÇOIS (Jean). — Chancre induré de la main. Thèse Bordeaux, 1906.

- FLYE-SAINTE-MARIE. — Chancre syphilitique extragénital à localisation rare : accident primitif de la plante des pieds. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1928, p. 426.
- Chancre syphilitique du pouce : contagion familiale. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1928, p. 426.
- FOURNIER. — Contribution à l'étude des chancres extragénitaux. *Médecine moderne*, Paris, 1896, t. VII, p. 17.
- Les chancres extragénitaux. Paris, 1897.
- FRIEDEL. — Anite chancrelleuse. *Paris médical*, t. I, p. 332-334, 6 avril 1929.
- GARREC (Maurice). — Epoque d'apparition, forme et répartition des syphilis secondaires consécutives au chancre extragénital. Thèse Paris, 1907.
- GÉYON (Pierre). — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du menton. Etude clinique et prophylactique. Thèse Lyon, 1907.
- GAUCHER, MILIAU. — Echéance avancée de la roséole après chancre des lèvres. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, mars 1903.
- GUYOT. — Chancre syphilitique de la paupière. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 mai 1929, n° 15, p. 450.
- HEMELERS. — Notes sur un cas de chancre syphilitique de l'amygdale. *Arch. méd. belge*, 1926, p. 49.
- HESSINC (M.). — Un cas de chancre syphilitique du cuir chevelu.
- HUNTER. — Traité des maladies vénériennes, 1787.
- HUDELOT, DUMET, FILHONLAUD. — Chancre syphilitique intranasal. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 9 déc. 1926, p. 701.
- IONO (Jean). — Etude sur les chancres syphilitiques à localisations rares de la cavité buccale. Thèse Paris, 1902.
- IOSSO (Jean). — Etude sur les chancres syphilitiques à localisations rares de la cavité buccale. Thèse Paris, 1902.
- IRWIN. — Chancre syphilitique de la paupière inférieure. *Dauphiné médical*, t. XLIII, 1923.
- LENOIR (O.). — Conférence sur les accidents du travail et les affections traumatiques. Vigot frères, édit., 1913.

- LOUSTE, THIBAUT. — Chancre professionnel syphilitique de la conjonctive palpébrale chez un oto-rhino-laryngologiste. Soc. de derm. et de syphil. de Paris, 1929.
- LUISI. — Echéance avancée de la période secondaire après certains chancres extragénitaux. Thèse Paris, 1904.
- MILIAU. — Les chancres syphilitiques extragénitaux. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1923, t. XXXVII, p. 49.
- NIVET. — De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extragénitaux chez l'homme et chez la femme, suivie de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à Paris en 1886. Thèse Paris, 1887.
- NOËL. — Localisations rares de chancres syphilitiques extragénitaux. *Ann. des mal. vénér.*, t. XX, 1925, p. 941.
- PAYENNEVILLE. — Chancre syphilitique du tronc. *Normandie médicale*, t. XXXVI, 1925, p. 64.
- PIPET (Elie). — Pronostic de la syphilis à chancre extragénital. Thèse Paris, 1907-1908.
- PETGES. — Chancre syphilitique de la lèvre supérieure. *Ann. des mal. vénér.*, t. XXI, 1926, p. 44.
- PETGES, GAUTHIER. — Chancre syphilitique du pouce et accident du travail. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 15 août 1926, p. 517.
- PETGES (G.), LE COULAUT, DELAS. — Chancre syphilitique du médius. Chancre panaris de Taylor. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, séance 19 juill. 1929.
- RAGUENAUD. — Chancres syphilitiques de l'amygdale et syphilis méconnue. Thèse Bordeaux, 1920.
- RAMOGNINI. — Chancre syphilitique à localisation intranasale. *Ann. des mal. vénér.*, t. XIX, 1924, p. 62.
- RICORD. — Lettres sur la syphilis. Anvers, 1851.
- ROEDERER (J.), GLASSER (R.). — Chancre syphilitique géant d'aspect gommeux de la paroi abdominale. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syphil.*, t. XXXIV, p. 800-802, déc. 1927.
- RONCHÈSO. — Chancres extragénitaux. Contribution statistique. Chancres génitaux et extragénitaux. Chancre du front. Pronostic. *Ann. des mal. vénér.*, t. XXI, 1926, p. 14.

- SPILLMANN. — Volumineux chancre syphilitique du menton. *Rev. méd. de l'Est*, t. XLIX, 1926, p. 478.
- TARDIF (R.). — Diagnostic différentiel du chancre syphilitique de l'amygdale et de l'angine de Vincent. Thèse Paris, 1930.
- TRIPET. — Une série de chancres syphilitiques extragénitaux. *Marseille médical*, 1925, p. 138.
- VIGNIÈS. — Etude sur les chancres infectants extragénitaux. Thèse Paris, 1888.
- VILENSTEY. — Chancre syphilitique de la langue. Thèse Paris, 1930.
- WHITE, VANTRACKE, DUJARDIN. — Deux cent vingt-sept cas de chancres extragénitaux. *Arch. méd. belge*, sept. 1922.
- YVERT. — Chancre de la paupière; réinfection probable. *La Normandie médicale*, n° 10, oct. 1930.

